

社会福祉法人南陽会 ※希望する施設に○を記入

①障がい者支援施設	あかまつ荘
②就労継続支援B型	下郷作業所 ホイップ
②就労移行支援	下郷作業所 ホイップ
③共同生活援助	すみれ荘・たんぽぽ荘 ひまわり荘・いちごハウス
④只見地域活動支援センター 共同生活援助	こまどり荘

施設長	印
-----	---

希望先担当者	印
--------	---

作成者	印
-----	---

入所申込書

社会福祉法人南陽会①～④管理者 様 申込日 年 月 日 表

申込者	氏名		続柄
	住所	〒	
	電話		
上記以外の連絡先		氏名 住所〒	続柄 電話

※郵送を希望する連絡先を記入下さい。

(郵送先) 氏名	続柄	電話
住所〒		

※申し込みの際に、入所希望者の障害福祉サービス受給者証を提示してください。 ※下記の□にレ印を記入下さい。

受給者証番号		認定有効期限	年 月 日～ 年 月 日
フリガナ		障害認定区分	1・2・3・4・5・6
氏名		性別	男・女
生年月日	昭和・平成・令和	年 月 日	() 歳
住民票住所 〒		障害手帳 障害基礎年金	<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> その他年金
<input type="checkbox"/> 在宅	<input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 家族同居 <input type="checkbox"/> その他		
<input type="checkbox"/> 病院	【病院・施設名】		日中活動をしているところ 【名称】 【住所】 【TEL】
<input type="checkbox"/> 施設	【入院・入所期間】 年 月 日から		
<input type="checkbox"/> グループホーム	【住所】		
<input type="checkbox"/> その他	【電話番号】		
同意書	<p>私は、社会福祉法人南陽会①～④入所申し込みにあたり、受付施設がこの申し込みに関する情報を各市町村担当課及び入所希望施設に対し提供することに同意します。また、担当課及び入所希望施設が障害支援区分認定調査票の情報を各市町村担当課より提供を受けることに同意します。</p> <p style="text-align: right;">本人署名 _____</p>		

入所申込者状況票

入所希望者氏名 _____

入所申込者氏名 _____

家族について	氏名	介	続柄	年齢	同・別	住所（本人と同じ場合不要）
	①		本人		同・別	
	②				同・別	
	③				同・別	
	④				同・別	
	⑤				同・別	

※隣接・同一敷地内に家族がいる方は、必ず「介」：介護者欄にレ印を記入下さい。

入所希望時期 すぐに入所したい 1年以内に入所したい いずれは入所したい その他

入所を希望している方 本人 同居家族 別居家族 その他

家族・介護者の状況	①主に本人の介護をしている方は？→氏名 _____ (続柄)
	②本人の身元引受人は？ →氏名 _____ (続柄)
	③今回、入所を希望する理由について記入下さい。 (_____)

主治医は	主治医氏名	医療機関名
どなたですか	医療機関所在地	〒

<本人の日常生活状況>

視力に問題がある（具体的に _____ ）

聴力に問題がある（具体的に _____ ）

歩行… 自分で可 一部介助 全介助 杖を使用 車イス使用

食事… 自分で可 一部介助 全介助 アレルギー 嫌いなもの：

入浴… 自分で可 一部介助 全介助

オムツ… 有り 無し トイレ… 自分で可 一部介助 全介助

<特別な医療の状況>

経管栄養 胃ろう 尿管カテーテル 在宅酸素 インシュリン 人工透析

ペースメーカー 気管切開 ストマ（人工肛門） 中心静脈栄養 褥瘡

疥癬 MRSA その他（ _____ ）

◎上記に該当がある場合→病名（ _____ ）

<その他、利用するにあたり配慮する事項：行動面、対人面など>